

260

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

"SINAIS E SINTOMAS PSICOGÊNICOS

NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO - UFSC."

AUTORAS: FABIANA VOIGT

SOLANGE M. MENTA

ORIENTADOR: PROF. PEDRO LARGURA

FLORIANÓPOLIS - SC

1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

"SINAIS E SINTOMAS PSICOGÊNICOS
NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO - UFSC."

AUTORAS: FABIANA VOIGT

SOLANGE M. MENTA

* Doutorandas da 12ª fase do
curso de Medicina.

ORIENTADOR: PROF. PEDRO LARGURA

* Professor do departamento de
Clínica Médica - CCS.

FLORIANÓPOLIS - SC

1991

RESUMO

Sinais e sintomas psicogênicos constituem uma situação comum na emergência dos hospitais gerais, podendo muitas vezes, gerar dificuldades para o clínico com relação ao seu diagnóstico e manuseio.

Neste estudo de 7.929 fichas do serviço de emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 01/01/91 a 01/04/91, foram encontrados 277 casos (3,49%) onde a causa do problema físico tinha origem intra psíquica. O termo diagnóstico mais usado, foi distúrbio neuro-vegetativo em 62,82%. Quanto ao sexo, houve um predomínio de mulheres (75,81%) em relação aos homens (24,19%) com o maior número de casos ocorrendo na faixa etária de 25-29 anos (14,80%) e de 35-39 anos (14,44%). O principal sintoma encontrado foi dor (18,54%), mais especificamente a cefaléia (39,36%). Ao exame físico 70,04% dos pacientes não tiveram alteração, sendo que das alterações a mais comum foi o aumento da pressão arterial (22,22%). Em 63,54% dos pacientes foi feito tratamento medicamentoso, sendo os medicamentos mais utilizados, os benzodiazepínicos (57,21%). Nos demais 21,66% tiveram tratamento não medicamentoso e em 14,80% o tratamento não foi descrito.

SUMÁRIO

	Pág.
I - INTRODUÇÃO	01
II - MATERIAL E MÉTODOS	09
III - RESULTADOS	11
IV - DISCUSSÃO	22
V - CONCLUSÕES	27
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

I - INTRODUÇÃO

Os sinais e sintomas psicogênicos, mais especificamente os não psicóticos, são muito comuns nos serviços de emergência dos hospitais gerais ^{2, 4}.

A abordagem dos pacientes que apresentam esses sintomas, sempre é difícil ^{2, 14}. A grande maioria dos serviços de emergência, não dispõem de um psiquiatra de plantão ¹¹ e o atendimento é dado pelo médico com formação basicamente organicista, e a partir daí se trava uma relação médico-paciente geralmente negativa e que segue o curso confusão - envolvimento - dúvida - desapontamento ⁵, o que se explica pela inexistência de uma causa orgânica pura para esses sintomas, são as reações contratransferenciais do clínico.

Freud foi o primeiro a falar em "psiconeuroses" e a partir daí muito se discute a respeito de uma nosologia correta e sem ambigüidades ⁶. Atualmente a Associação Americana de Psiquiatria, no Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - Terceira edição revista (DSM III - R), traz uma classificação, que apesar de ainda não muito conhecida

no meio médico geral, parece ser a mais moderna e menos estigmatizante. Por exemplo a palavra "neurose" é substituída por "distúrbio" de diversos tipos ¹³. Por considerarmos a mais adequada, esta será a classificação que utilizaremos nesta pesquisa.

Os distúrbios mentais não psicóticos, que mais trazem sintomatologia que mimetiza patologia orgânica ¹³ e que são comuns nos atendimentos de emergência e na prática médica geral ², são: Os distúrbios de ansiedade, que se apresentam como distúrbio do pânico e distúrbio generalizado de ansiedade; os distúrbios somatiformes, que se apresentam como distúrbio de conversão, hipocondria, distúrbio de somatização e distúrbio somatiforme doloroso; distúrbios dissociativos e distímia ¹³.

1 - Distúrbios de ansiedade ("Neurose de Ansiedade"), que se subdivide em:

1a - Distúrbio de Pânico:

Se manifesta por acessos súbitos de extrema apreensão, acompanhados de uma sensação de morte eminente ou medo de tornar-se insano e/ou perder o controle. O quadro clínico se manifesta, por sintomas somáticos e autonômicos: cefaléia em tensão, tremores ou abalos, vertigens e desmaios, palpitações, sudorese, desconforto gástrico, frequência urinária ¹³. Os sintomas mais comuns são a sensação de sufocamento, dispnéia, dor e "aperto no peito", que o paciente responde com um quadro de hiperventilação, que pode evoluir para uma Alca

lose-respiratória, que por sua vez se manifesta por uma sensação de tonturas, parestesias de extremidades e até tetania, com espasmos corporais ².

Ao exame físico, poderemos encontrar tremores finos nas mãos, reflexos tendinosos rápidos, taquicardia, dilatação pupilar e confusão mental ².

Esses quadros são recorrentes e desencadeados por fatores de estresse emocional.

É um distúrbio comum, sendo mais comum em mulheres ¹³.

1b - Distúrbio Generalizado de Ansiedade:

Se caracteriza por uma preocupação (espera apreensiva) irrealista ou excessiva à cerca de circunstâncias de vida, por seis meses ou mais, durante os quais a pessoa se aborreceu, por causa desses assuntos a maioria dos dias. O quadro clínico se manifesta por tensão motora (tremores, dores musculares, inquietação, astenia); hiperatividade autonômica (dispnéia, taquicardia, sudorese, boca seca, vertigem, náuseas, diarréia, dor abdominal, sensação de "nó na garganta" e "cabeça leve"); e de vigilância (irritabilidade e insônia) ¹³.

É igualmente comum em homens e mulheres ¹³.

2 - Distúrbios Somatiformes:

São divididos em:

2a - Distúrbio de Conversão ("Neurose histérica do tipo conversivo"):

Se caracteriza por uma alteração ou perda do funcionamento físico, que sugere distúrbio físico, geralmente neurológico (paralisias, convulsões, cegueira, afonia, amnésia, anestesia); mas também pode estar relacionado com o sistema endócrino ou atônômico ¹³. Corresponde a um mecanismo, onde o sintoma substitui uma necessidade interna inconsciente. Muitas vezes, observamos uma atitude em relação ao sintoma, de indiferença frente à gravidade dos quadros sintomáticos, é a chamada "La belle indifférence" e a personalidade do paciente geralmente é egocêntrica e emocionalmente instável ^{2, 8, 13}.

O quadro quase sempre se manifesta na presença de público e o EEG quando realizado é normal ².

Em um estudo a respeito das paralisias histéricas, Baker e Silver ¹, determinaram, após uma análise de 23 casos, admitidos no Centro Nacional de Lesões espinhais de Stoke Man deville entre 1944 e 1981: que haviam características peculiares a esse grupo, pois existia imprecisão de detalhes sobre o presente incidente, ausência de trauma associado e indiferença com a severidade do quadro. Paralelamente, em 60% havia distúrbio funcional prévio, em 30% modelo de paralisia entre amigos e família, em 65% um potencial de ganhos secundários ¹.

Quanto à distribuição por sexo, apesar de dados apontarem o sexo feminino como sendo o mais acometido, não há informação definida disponível ¹³.

2b - Hipocondria ("Neurose hipocondríaca"):

É a preocupação com o medo de ter, ou a crença que tem uma doença, baseada nas suas sensações. Possui evolução crônica. Se manifesta por ansiedade e sintomas associados ¹³.

É comum, e igualmente distribuído nos homens e mulheres ¹³.

2c - Distúrbio de Somatização:

Se caracteriza por queixas somáticas múltiplas e recorrentes, de vários anos de duração. O paciente possui história de passagem por muitos médicos e às vezes já se submeteu a cirurgias. Os sintomas são relacionados aos diversos aparelhos e sistemas e a pessoa se sente debilitada. Esses sintomas podem ser dolorosos, funcionais, sexuais, reprodutivos, etc ¹³.

A ansiedade e o humor deprimido são freqüentes. Considera-se um distúrbio raro nos homens ¹³.

2d - Distúrbio somatiforme doloroso:

É a dor crônica, que perdura por mais de seis meses, sem que exista achados físicos que a justifiquem ou a sua intensidade. É mais comum nas mulheres ¹³.

3 - Distúrbios de dissociação ("neurose histérica do tipo dessociativo"):

É uma alteração nas funções normalmente integrativas de identidade, memória ou consciência. Pode ser súbita ou gradual e transitória ou crônica. Se manifesta por dupla ou múltipla personalidade, despersonalização (sentimento de irrealidade própria) ou perda de memória (amnésia psicogênica)¹³.

4 - Distímia ("neurose depressiva"):

Se caracteriza por um humor deprimido, levando à diminuição do apetite, astenia, insônia ou hipersonia durante um certo período. Pode evoluir para Depressão maior com risco de suicídio¹³.

Cabe dizer, que pessoas sem distúrbio mental podem apresentar sintomas de ansiedade, depressão, etc., diante de certas experiências de vida, como um mecanismo psíquico normal e esses sinais e sintomas só podem ser considerados como distúrbios, quando se manifestarem de forma marcante e impossibilitarem o indivíduo de levar uma vida normal².

Os sintomas psicogênicos devem sempre ser diferenciados, das seguintes entidades:

A - Distúrbio orgânico puro, com sintomatologia semelhante (Ex: Cardiopatias, hipertireoidismo, Diabetes Mellitus, etc)^{11, 13}.

B - Distúrbio orgânico, associado à distúrbios psicogênicos. (Ex: Doenças crônicas levando à depressão ou ansiedade) ^{2, 13}.

C - Distúrbios factícios (de simulação consciente, para ganho secundário) ¹³.

A terapêutica desses sintomas varia de acordo com cada distúrbio em que estes se apresentam, por exemplo: o distúrbio do pânico é basicamente biológico, conseqüente a alterações de neurotransmissores, respondendo muito bem a medicamentos; no caso dos Distúrbios Generalizados da ansiedade, de conversão, hipocondria e dissociação, que são basicamente psíquicas, decorrente a conflitos emocionais intrapsíquicos, onde a psicoterapia tem especial validade. Quanto a terapêutica medicamentosa são principalmente os ansiolíticos (sendo o mais comum os Benzodiazepínicos) e em alguns casos específicos os antidepressivos tricíclicos e os Inibidores da monoaminoxidase (MAO) ^{2, 6}.

O objetivo da presente pesquisa não é trazer dados específicos de cada distúrbio, mas sim dos sinais e sintomas psicogênicos de um modo geral, que se apresentam nos serviços de emergência; dando uma noção da realidade da abordagem destes, na Emergência do Hospital Universitário - UFSC, no ponto de vista clínico e terapêutico, assim como apontar a prevalência e a distribuição por sexo e a faixa etária dos pacientes que os apresentam.

II - MATERIAL E MÉTODOS

O Material utilizado neste trabalho, consiste em dados retrospectivos retirados das fichas de atendimento da emergência do Hospital Universitário - UFSC. Foram analisadas 7.929 fichas de pacientes atendidos pela equipe de Clínica Médica, no período de 01/01/91 à 30/04/91.

Destas fichas foram separados os casos que tinham como diagnóstico termos sugestivos de distúrbios psicogênicos, mais especificamente os não-psicóticos. Eram estes: Distúrbios neuro vegetativos (DNV), ansiedade, crise conversiva e histeria conversiva. Sendo que, esses diagnósticos mostravam uma origem não orgânica para os sintomas apresentados.

Neste trabalho usaremos o termo genérico "Distúrbios psicogênicos", para definir as condições clínicas que simulam distúrbios orgânicos, evitando utilizar os termos acima citados, pelas controvérsias que existem à cerca destes e por muitas vezes o diagnóstico ser incorreto.

Os dados levantados foram: a idade dos pacientes, o sexo, os sintomas referidos (muitas vezes com as palavras do paciente), os sinais encontrados ao exame físico e o tratamento utilizado em cada caso.

Cabe dizer, que o tratamento foi por nós dividido em medicamentoso e não medicamentoso, sendo que o não medicamentoso consistiu na orientação dada ao paciente (conselhos, conversa, observação do quadro em casa ou encaminhamento a outro profissional de saúde). O sintoma dor foi analisado como um todo e separadamente pela sua topografia.

III - RESULTADOS

Das 7.929 fichas de atendimento analisadas, 277 (3,49%) tinham diagnóstico de distúrbios psicogênicos, onde os termos utilizados para defini-lo foram: Distúrbio neuro-vegetativo em 174 casos (62,82%), ansiedade em 78 (28,16%), neurose de ansiedade em 14 (5,05%), crise conversiva em 9 (3,25%), histeria conversiva em 1 (0,36%), estado nervoso em 1 (0,36%).

Desses 277 casos, vistos em janeiro, fevereiro, março e abril; o maior número foi encontrado no mês de março, foram 100 casos ou 36,10% (Tabela I).

Tabela I - Distribuição dos casos de distúrbios psicogênicos nos meses analisados.

MÊS	Nº DE FICHAS	Nº DE CASOS	%
Janeiro	1.892	70	25,27
Fevereiro	1.772	60	21,66
Março	2.650	100	36,10
Abril	1.715	47	16,97
TOTAL	7.929	277	100

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Foi encontrada uma proporção maior de casos no sexo feminino (75,81%) do que no maculino (24,19%).

A faixa etária variou dos 14 aos 84 anos, sendo que a idade mais acometida foi entre os 25 a 29 anos (14,80%) e entre 30 e 35 anos (14,44%) e houve uma queda acentuada após os 50 anos de idade (Tabela II).

Tabela II - Distribuição dos casos de distúrbios psicogênicos segundo a faixa etária.

IDADE	Nº DE CASOS	%
14 - 19	25	9,03
20 - 24	27	9,75
25 - 29	41	14,80
30 - 34	26	9,39
35 - 39	40	14,44
40 - 44	28	10,11
45 - 49	30	10,83
50 - 54	15	5,41
55 - 59	11	3,97
60 - 64	12	4,33
65 - 69	6	2,17
70 - 74	3	1,08
75 - 79	0	-
80 - 84	4	1,44
S/ dados	9	3,25
TOTAL	277	100

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Com relação aos sintomas apresentados, o mais comum foi a dor de diversos tipos, que apareceu em 94 casos (18,46%) (Tabela IV), seguida da ansiedade como sintoma (medo, apreensão) em 44 casos (8,75%), dispnéia em 43 casos (8,55%), tontura em 35 ca

tos (6,96%) e parestesias em 32 casos (6,36%), estes foram os sintomas mais encontrados (Tabela III).

Quanto ao sintoma dor, a localização mais comum foi a cabeça, em 37 casos (39,36% das localizações). No abdome a dor apareceu em 14 vezes (14,99%), sendo que a dor em todo abdome (não possuindo localização definida), perfaz um total de 6 casos (42,86% das dores abdominais) (Tabelas IV e V).

Tabela III - Tipo de sinais e sintomas referidos nos 277 casos analisados.

SINTOMAS	Nº	%
Ansiedade	44	8,75
Dispneia	43	8,55
Cefaléia	37	7,36
Tontura	35	6,96
Parestesia	32	6,36
"Crise de nervos"	27	5,37
Mal estar geral	23	4,57
Dor Torácica	18	3,58
Palpitação	18	3,58
Astenia	19	3,59
Dor precordial	15	2,98
Dor Abdominal	14	2,78
Labilidade emocional	11	2,19
Anorexia	10	1,99
Insônia	9	1,79
Tremores de extremidades	9	1,79

Náuseas	9	1,79
"Cansaço"	8	1,59
Desmaios	8	1,59
Poliqueixas	8	1,59
Agonia	7	1,39
Vômitos	6	1,19
"Bola na garganta"	5	0,99
Sonolência	5	0,99
Visão turva	5	0,99
Agitação psicomotora	4	0,80
"Calor no corpo"	4	0,80
"Aperto no peito"	3	0,59
Tosse seca	3	0,59
Sudorese	3	0,59
Dificuldade nos movimentos	3	0,59
Dor lombar	3	0,59
Cervicalogia	3	0,59
Perda da consciência	2	0,39
Emagrecimento	2	0,39
Cianose	2	0,39
Queda ao solo	2	0,39
Hipertensão	2	0,39
Mialgia generalizada	2	0,39
Alteração da sensibilidade	2	0,39
Crise conversiva	2	0,39
Sensação de medo	2	0,39
Alterações visuais	2	0,39
Angústia	2	0,39

Prurido cutâneo	2	0,39
Dor não localizada	1	0,19
Necessidade de conversar	1	0,19
Sensação de obstrução nas VAS	1	0,19
Taquipnéia	1	0,19
Equimoses	1	0,19
"Dor nos nervos"	1	0,19
"Incômodo na cabeça"	1	0,19
Zumbido	1	0,19
Diarréia	1	0,19
Sialorréia	1	0,19
Prurido no ouvido	1	0,19
"Ouve chamar e não consegue responder"	1	0,19
Aumento do volume Abdominal	1	0,19
Corisa	1	0,19
"Sensação que o coração sairá pela boca"	1	0,19
Edema em mãos	1	0,19
Impotência sexual	1	0,19
Confusão mental	1	0,19
Rigidez cervical	1	0,19
"Cabeça leve"	1	0,19
Artralgias	1	0,19
Sensação de abafamento	1	0,19
Tremor em pálpebra	1	0,19
Disfagia	1	0,19
"Língua travada"	1	0,19
Alteração da voz	1	0,19

Soluço	1	0,19
Boca seca	1	0,19

FONTE: SAME - HU (UFSC)

Tabela IV - Distribuição topográfica da dor.

LOCALIZAÇÃO	Nº	%
Cabeça	37	39,36
Tórax	18	19,14
Precórdio	15	15,95
Abdome	14	14,89
Região cervical	3	3,19
Região Lombar	3	3,19
Musculatura	2	2,13
Articulações	1	1,06
Sem local específico	1	1,06
TOTAL	94	100

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Tabela V - Distribuição topográfica da dor abdominal.

DOR ABDOMINAL	Nº	%
Difusa	6	42,86
Epigástrica	5	35,71
Em Fossa Ilíaca direita	2	14,29
Hipogástrica	1	7,14
TOTAL	14	100

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Ao exame físico, nos 277 casos: houve alteração em 34 casos (12,27%); em 194 casos o exame físico foi descrito como nada digno de nota (70,04%) e em 49 casos não foi descrito (17,69%) (Tabela VI). As alterações de exame físico foram as mais variadas e muitas vezes não tinham relação com o quadro; encontrou-se 18 tipos de alterações, sendo que a mais comum foi o aumento da pressão arterial em 8 casos (22,22%), seguido de dor à palpação abdominal, em 7 casos (19,45%) (Tabela VII).

Tabela VI - Exame físico dos pacientes analisados.

EXAME FÍSICO	Nº	%
Alterado	34	12,27
Nada digno de nota	194	70,04
Não descrito	49	17,69
TOTAL	277	100

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Tabela VII - Tipos de alterações ao exame físico.

TIPO	Nº	%
Hipertensão Arterial	8	22,22
Dor à palpação abdominal	7	19,45
Alteração na ausculta pulmonar	3	8,33
Sopro cardíaco sistólico	3	8,33

Paciente não contactuante	2	5,66
Dor à pressão em seios nasais	1	2,77
Tremores	1	2,77
Extremidades frias	1	2,77
Hipotensão arterial	1	2,77
Arritmia cardíaca	1	2,77
Calor e rubor facial	1	2,77
Dor à punho percussão lombar	1	2,77
Paralisia de mão	1	2,77
Desdobramento da 2ª bulha	1	2,77
Taquicardia	1	2,77
Edema de mebrós inferiores	1	2,77
Retração palpebral	1	2,77
Obnubilação	1	2,77
<hr/>		
TOTAL	36	100
<hr/>		

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Desses pacientes diagnosticados como tendo distúrbios psicogênicos, 176 (63,54%) receberam tratamento medicamentoso, sendo que o medicamento mais usado foi o benzodiazepínico, em 132 casos (57,65% dos medicamentos); em 60 casos (21,66%) o tratamento foi não-medicamentoso e em 41 casos (14,80%) não foi descrito o tratamento utilizado (Tabelas VIII e IX).

Tabela VIII - Tratamento realizado nos casos de distúrbios psicogênicos analisados.

TIPO DE TRATAMENTO	Nº	%
Medicamentoso	176	63,54
Não medicamentoso	60	21,66
Não descrito	41	14,80
TOTAL	277	100

Fonte: SAME - HU (UFSC)

Tabela IX - Tipos de tratamentos medicamentosos utilizados nos distúrbios psicogênicos analisados.

TIPO	Nº	%
Benzodiazepínico	132	57,65
Soro Glicosado - EV	20	8,73
Dipirona	19	8,30
Metroclopromina	10	4,36
Nebulização com soro fisiológico	7	3,06
Glicose hipertônica - EV	9	3,93
Tratamento sintomático não especificado	6	2,62
Furosemida - EV	4	1,74
Dimenidrinato (Dramin B6)	4	1,74
Hioscina (Buscopan)	4	1,74
Nifedipina	3	1,31

Diclofenaco dissódico (Voltaren)	2	0,87
Nebulização com Salbutamol	2	0,87
Soro Fisiológico - EV	1	0,44
Gagarejo com antisséptico oral	1	0,44
Nitrato sublingual (Isordil)	1	0,44
Antiácido (Aldrox)	1	0,44
Clorpromazina (Amplictil)	1	0,44
Vitaminas - EV	1	0,44
Kaolin + Pectina (Kaopectate)	1	0,44
<hr/>		
TOTAL	229	100
<hr/>		

Fonte: SAME - HU (UFSC)

IV - DISCUSSÃO

Considera-se que os sinais e sintomas psicogênicos sejam comuns à prática médica ². De acordo com os resultados apresentados, encontramos uma casuística, nos 7.929 atendimentos realizados durante quatro meses, 277 casos de distúrbios psicogênicos, o que perfaz 3,49% de todos os atendimentos realizados pela equipe de clínica médica, no Hospital Universitário (UFSC) neste período. Consideramos este índice importante, quando pensamos nos inúmeros diagnósticos e de diversas entidades clínicas, que podem se realizar em um serviço de emergência.

Observamos que na divisão dos casos por meses analisados, março foi um mês em que houve uma proporção de casos nitidamente maior que os outros. Como o distúrbio psicogênico tem uma relação direta com a psicossocialidade ^{2, 13}, é possível que tenha existido algum fator causal para esse aumento, mas nesta pesquisa não dispomos de dados para fazer esta afirmação.

Os dados estatísticos quanto à distribuição por sexo, encontrados na literatura ^{2, 6, 13}, geralmente são dados específicos para cada distúrbio mental não-psicótico, separadamente, mas de uma forma geral, é visto uma maior incidência em mulheres ou então uma equivalência entre homens e mulheres ¹³. Nos nossos dados vimos um maior número de casos em mulheres (75,81%), enquanto que em homens foi de 24,19% coincidindo assim com a literatura consultada.

No que diz respeito à faixa etária em que ocorrem mais esses distúrbios, sabe-se que eles geralmente iniciam por volta dos 20 anos e se tornam mais comuns acima dos 30 anos ¹³. Nesta pesquisa, notamos um maior número de casos entre os 25 e 39 anos (38,63%), havendo uma queda importante de casos, a partir dos 50 anos.

Anteriormente descrevemos a variedade de sintomas de origem intrapsíquico que podem simular doenças orgânicas, trazendo insegurança e confusão diagnóstica ao médico, onde a sua atitude profissional geralmente é carregada de um mecansmo de contratransferência para com o paciente que vai variar, com o preparo ou não do médico para manipular esta situação. Este preparo tem como base principalmente o conhecimento da entidade ², das suas manifestações, assim como do mecanismo fisiopatológico da sua formação. Assim sendo, aqui trouxemos dados sobre quais foram os sintomas referidos pelos pacientes nos casos analisados. Vimos que a dor é um sintoma comum, apareceu em 18,46% dos casos, e em diversas localizações, onde a mais comum é a cabeça (39,36% das dores), seguida da torácica e precordial (19,14 e 15,95%); a dor abdominal que também é

frequente (14,89%), teve como mais comum a do tipo difusa (não localizada) perfazendo 42,86% das dores abdominais.

A dor psicogênica tem características especiais: ela em \pm 50% dos casos afeta a cabeça e em ordem decrescente o tronco, costas, pernas e genitais ¹². Este é um dado que coincide realmente com os dados aqui apresentados. Cabe ressaltar ainda que a dor é geralmente dramática e que se modifica com diversos fatores, por exemplo: sugestão, placebo, tranquilizantes, etc. ¹², dados que não dispomos para comparar.

A dor torácica, mais especificamente a precordial é considerada também comum ⁶, e é a que causa especial preocupação por parte dos profissionais de saúde, por simular muito bem cardiopatias isquêmicas ou outras entidades cardíacas ou pulmonares ², necessitando muitas vezes de exames complementares para diferenciá-las. Na nossa casuística este tipo de dor foi a 2ª mais comum: 19,14% no torax inespecificamente e 15,95% no precórdio.

Merkey ¹⁰, descreveu em 1988 que a dor do tipo histérica (psicogênica) raramente respeita uma região com limites anatômicos. Este é um dado que observamos na dor abdominal, nos casos analisados, onde em 42,86% das dores abdominais foram difusas e mal localizadas.

Os sintomas que fazem parte especificamente do Distúrbio somatiforme de conversão ¹³, onde o sintoma age como uma linguagem não verbal, que o paciente usa inconscientemente na finalidade de expressar de alguma forma aquilo que não pode ou consegue fazer verbal e diretamente; esses sintomas no

caso, têm origem em memórias e fantasias; assim, quando um paciente refere este tipo de sinal ou sintoma ele geralmente o expressa em termos populares e imprecisos, como por exemplo: a "cegueira" pode significar o medo de ver algo, a sensação de "bola da garganta" pode ser a impossibilidade de dizer algo, etc.⁸ Nos casos analisados encontramos alguns termos que podem sugerir sintomas conversivos como: "crise de nervos" (5,97%), "cansaço" (1,59%), "Bola na garganta" (0,99%), "visão embaçada" (0,99%), "calor no corpo" (0,80%), "aperto no peito" (0,59%), "sensação de língua trancada (0,19%), "dor nos nervos" (0,19%), "incômodo na cabeça" (0,19%), "ouve chamar e não consegue responder" (0,19%), "sensação que o coração está saindo pela boca" (0,19%), alteração da voz (0,19%) etc.

Uma importante preocupação é que deve ser inicial, é a diferenciação destes distúrbios taxados como psicogênicos, dos distúrbios orgânicos que simulam ou que porventura coexistam com os sintomas psicogênicos, para que uma ágil intervenção terapêutica possa ocorrer, principalmente nas emergências. Nesse sentido é inevitável que aconteça uma anamnese bem feita e um bom exame físico para que, vejamos o paciente do ponto de vista orgânico e vital². Nesta pesquisa observamos que dos 277 diagnósticos encontrados, em 49 casos (17,69%) não havia descrição do exame físico, o que nos leva a pensar que não foi realizado.

A base diagnóstica dos distúrbios psicogênicos é a ausência de distúrbio físico¹³. Na nossa análise encontramos 85,0% dos exames físicos descritos, com nada digno de nota, ou seja aparente normalidade orgânica, o que vem concordar com esse conceito.

Muitos dos sintomas psicogênicos são de origem autonômica ¹³, o que pode explicar, alguns casos encontrados nesta pesquisa, que foram de hipertensão arterial (22,22% das alterações de exame físico), sudorese, palpitação, tontura, tremores, etc.

O tratamento preconizado para esses distúrbios é a psicoterapia associada ou não ao uso de ansiolíticos (sendo o mais comum o benzodiazepínico) e em alguns casos os antidepressivos. A terapêutica utilizada com mais frequência foi a medicamentosa (176 casos - 63,54%), onde em 57,65% destes foi utilizado benzodiazepínico e a não medicamentosa perfaz 21,66% dos casos analisados.

Dentro da terapia medicamentosa para os sinais e sintomas psicogênicos encontramos outras drogas que possivelmente foram utilizadas como sintomáticas apenas, como a dipirona, metocloprômida; e outras como o soro fisiológico e glicosado, deixaram clara a sua função de placebo.

Em algumas emergências do país e muitas de outros países, já possuem um sistema de consultoria psiquiátrica à sua disposição ³, diminuindo a ansiedade e contribuindo na conduta do clínico de plantão; como essa ainda não é uma realidade absoluta no nosso país, cabe a esse clínico, conhecer e manusear na medida do possível essas entidades psicogênicas, diferenciando-as de distúrbios factícios e dos puramente orgânicos, sem defesas contra este paciente, assumindo no seu exercício profissional, uma "atitude psicoterápica" ⁴, com um maior conhecimento do psiquismo humano e uma melhor identificação e encaminhamento destas entidades clínicas.

V - CONCLUSÕES

1 - A incidência de sinais e sintomas psicogênicos, na emergência do HU - UFSC, atendidos pela equipe de clínica médica nos meses analisados, foi de 3,49%.

2 - A incidência de casos foi maior no sexo feminino (75,81%).

3 - A faixa etária de maior incidência foi dos 25 aos 29 anos (14,80%), e houve uma queda acentuada de casos a partir dos 50 anos.

4 - O sintoma mais encontrado foi a dor (18,46%).

5 - A localização mais comum da dor, foi: a cabeça (39,36%), seguida da dor torácica inespecífica (19,14%), dor precordial (15,95%) e dor abdominal (14,89%).

6 - No abdome o tipo mais comum de dor, foi a difusa (não localizada) em 42,86%.

7 - Outros sintomas comuns foram: ansiedade (8,75%), dispnéia (8,55%), tonturas (6,96%) e parestesias (6,36%).

8 - A alteração de exame físico mais encontrada foi a hipertensão arterial (22,22%).

9 - Dos exames físicos realizados; 70,04% foram normais.

10 - O exame físico não foi descrito em 17,69% dos casos.

11 - A terapêutica medicamentosa foi a mais realizada (63,54%).

12 - O medicamento mais utilizado, foi o Benzodiazepínico (57,21%).

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BAKER, J. H. E.; SILVER, J. R. - Hysterical paraplegia. J. Neurol Neurosurg Psychiatry, 50: 375 - 82, 1987.
- 2 - CECIL, R. L. - Tratado de medicina interna de Cecil, 16ª ed, Rio de Janeiro, 1984.
- 3 - CORDIOLI, A. V. - O diagnóstico psiquiátrico no hospital geral. Rev. psiq. RS, 11 (2): 98 - 101, maio/ago, 1989.
- 4 - FLECK, M. P. A. - A psiquiatria no Hospital de pronto socorro de Porto Alegre: Relato de uma experiência. Rev. psiq. RS, 11 (2): 106 - 111, maio/ago, 1989.
- 5 - HAAS, J. P. - Comments on the so-called feeling of hysteria. Nervenarzt 59 (2): 92 - 8, feb, 1988.

- 6 - HARRISON, T. R. et al - Medicina Interna, 10ª ed, Rio de Janeiro, 1984.
- 7 - KEANE, J. R. - Hysterical gait disorders: 60 cases. Neurology 39 (4): 589, apr, 1989.
- 8 - Mac Bryde C. M.; BLACKLOW A. B. - Sinais e sintomas. Rio de Janeiro, 1983.
- 9 - MARTINS, L. A. N. - Neurose e psicoterapia: noções básicas para o uso do clínico na prática médica. Rev. Br. Clín. Terap. 19 (3): 70 - 81, mar, 1990.
- 10 - MERSKEY, H. - Regional pain is rarely hysterical. Arch Neurol 45 (8): 915 - 8, aug, 1988.
- 11 - PRADO, F. C.; RAMOS, J. & VALLE, J. R. - Atualização Terapêutica. 14ª ed. São Paulo, 1988.
- 12 - SILVA, J. A. C. - A Dor nos estados emocionais, ansiosos e depressivos. Prat. Hosp. 2 (1): 29, 1987.
- 13 - SPITZER, R. - Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. 3ª ed. revista, São Paulo, 1987.
- 14 - TAHKA, V. - O Relacionamento Médico - Paciente. Porto Alegre, 1988.

**TCC
UFSC
CM
0260**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0260

Autor: Voigt, Fabiana

Título: Sinais e sintomas psicogênicos n



972800133

Ac. 253443

Ex.1 UFSC BSCCSM